

Síntomas depresivos, ansiosos e insomnio, y posibles factores asociados en personal de salud, en un Hospital General en Suramérica, durante la pandemia por COVID-19 en 2020.

Depressive and anxious symptoms and insomnia, and possible associated factors in health workers, in a General Hospital in South America, during the COVID-19 pandemic in 2020.

Camila Valencia A.¹, Carolina Bernal A.¹, Diana Mercedes Ramírez J.¹, John Jairo Zuleta T.², Carlos Enrique Yepes D.²

ABSTRACT

Background: pandemic due to novel coronavirus COVID-19 has impacted on the mental health of health care workers all around the world. **Material and Methods:** this is a cross sectional study in which questionnaires PHQ-9 for depression, GAD-7 for anxiety, ISI-7 for insomnia were virtually and self administered by 876 health care workers laboring in hospital Pablo Tobón Uribe in Medellin city. **Results:** from 876 participants (29.2% physicians, 21.2% nurses and 49.5% technical nurses), 357 (40.8%) developed depressive symptoms, 300 (34.2%) anxious symptoms and 317 (36.2%) insomnia. Symptoms of depression, anxiety and insomnia were more frequently found in those who did not have basic needs satisfied and in those who felt stigmatized due to being health personal. Besides, depressive symptoms were more frequent in women, anxious symptoms in people younger than 44 years old and insomnia in divorced people. **Conclusions:** the frequency of mental health problems in health care workers is significant, these findings bring to light the needs for mental health attention in nurses and doctors during COVID-19 pandemic and the research of strategies to mitigate the risk on this population. Feeling stigmatized and not having basic needs satisfied were associated with symptoms of anxiety, depression and insomnia.

Key words: mental health; COVID-19, pandemic.
Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2022; 60 (4); 433-443

Recibido: 29-11-2021

Aceptado: 23-08-2022

¹ Sección Psiquiatría. Departamento de Especialidades Médicas, Hospital Pablo Tobón Uribe.

² Unidad de Investigaciones, Hospital Pablo Tobón Uribe.

INTRODUCCIÓN

En noviembre de 2019, se reportó una nueva enfermedad producida por el coronavirus 19, en Wuhan (China), y desde entonces hubo una rápida diseminación global. Fue declarada inicialmente como emergencia de salud pública y posteriormente como pandemia, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020. Para comienzos de marzo de 2021, a nivel global, 113.820.168 personas habían sido diagnosticadas con COVID-19 y 2.527.891 habían muerto⁽¹⁾; para el mes de marzo de 2021, se habían presentado 2.255.260 casos y 59.866 fallecidos⁽²⁾. En Colombia, el primer caso fue reportado el 6 de marzo de 2020.

La mayoría de las personas con COVID-19 experimentan síntomas leves o moderados de la enfermedad. Aproximadamente 10-15% progresan a enfermedad grave y 5% llegan a estar críticamente enfermos. Algunos síntomas pueden persistir o reaparecer tras semanas o meses de una recuperación inicial, incluso en personas con enfermedad leve.⁽³⁾

La rápida diseminación de la enfermedad ha colapsado los sistemas de atención y generado mayores cargas de trabajo y estrés en los equipos de salud. Según informes de la OMS para septiembre de 2020, cerca de 570.000 trabajadores de la salud se habían infectado y, para mayo de 2021, 115.000 habían muerto por COVID-19 en las Américas. Los efectos de esta sobrecarga y estrés, sumados a los de trabajar en constante riesgo de infección, evidentemente generan problemas de salud mental, no menos importantes que los físicos, derivados de la infección por COVID-19.⁽⁴⁾

El personal de salud ha estado expuesto a grandes retos y desafíos durante la pandemia, los cuales han impuesto una carga emocional y laboral importante, pudiendo traducirse en mayores tasas de depresión, ansiedad, insomnio y estrés postraumático⁽⁵⁾. Se ha sugerido que algunos factores específicos aumentan el riesgo de desarrollar problemas de salud mental en el personal sanitario, entre ellos, trabajar en entornos de mayor riesgo, el

aislamiento, el estrés relacionado con el trabajo y laborar en algunas áreas hospitalarias específicas. También se han identificado algunos factores que podrían ser protectores, como la percepción de seguridad con los elementos de protección personal y tener formación especializada.⁽⁶⁾

Los efectos a corto y largo plazo sobre la salud mental en el personal de salud expuesto a las consecuencias psicosociales de la pandemia, ameritan la implementación de estrategias preventivas y de tratamiento oportuno, para evitar desenlaces nefastos o cronificación de los trastornos de salud mental, motivo por el cual es relevante identificar cuáles pudieran ser las personas más susceptibles, con el fin de focalizar esas intervenciones en quienes más lo requieran. En la búsqueda de esta población más vulnerable, es pertinente identificar los factores asociados a esa afectación.

Aún son escasos los estudios que centren su atención en la salud mental de los trabajadores de la salud. En China, se han reportado tasas mayores al 50% para depresión, 45% para ansiedad y 7% para trastorno por estrés postraumático, en las áreas más afectadas por la pandemia^(5,6). Varios estudios realizados en Latinoamérica durante la pandemia, han mostrado prevalencias que oscilan entre 32,2-66% para depresión, 41,3-74% para ansiedad y 27,8-65% para insomnio.^(6,7)

El objetivo de este estudio fue evaluar la frecuencia de síntomas depresivos, ansiosos e insomnio del personal médico y de enfermería, durante el primer pico de la pandemia e identificar posibles factores asociados a su desarrollo.

MÉTODOS

Diseño de estudio y contexto

Estudio de corte transversal, realizado en el Hospital Pablo Tobón Uribe, institución de cuarto nivel de la ciudad de Medellín, que ha sido centro de referencia durante la pandemia por COVID-19, en el cual laboran 479 médicos, 289 enfermeras profesionales y 800 auxiliares de Enfermería, con una vinculación laboral estable.

Población de estudio

Se envió una invitación para participar en el estudio al universo de este personal, entre el 30 de julio y el 23 de octubre de 2020, tiempo en el cual ocurrió el primer pico de la pandemia en la ciudad.

Variables y fuentes de medición

Los datos fueron recolectados en un cuestionario de Google Forms autoadministrado, previa aceptación de un consentimiento informado presentado al inicio del formulario.

Los datos demográficos básicos incluyeron edad, sexo, estado civil, ocupación, años de experiencia laboral. La edad se categorizó en tres grupos, 30 años o menos, 31 a 44 y 45 años o más. La experiencia laboral se categorizó en 10 o menos años y mayor de 10 años. Se indagó acerca de la presencia de síntomas depresivos, ansiosos e insomnio, previos a la pandemia. También se evaluaron variables directamente relacionadas con la situación de pandemia, como aislamiento del grupo familiar, cambio de rol laboral (modificación de área/funciones), estigmatización a consecuencia de ser personal asistencial en salud, percepción de seguridad con los elementos de protección personal (EPP), el adecuado soporte familiar, la satisfacción de las necesidades básicas y el conocimiento/utilización del servicio de soporte psicológico/psiquiátrico dentro del hospital, sin aportarle definiciones a estos aspectos.

Se emplearon tres escalas de autorreporte para tamizaje de síntomas de depresión, de ansiedad e insomnio; se consideraron asintomáticos todos los participantes que puntuaron normal y el resto como sintomáticos:

PHQ-9 (9-item Patient Health Questionnaire) versión en español⁽⁸⁾, validada en Chile⁽⁹⁾, que evalúa la presencia y la gravedad de los síntomas depresivos y categoriza los puntajes así: normal 0-4, depresión leve 5-9, depresión moderada 10-14, depresión grave 15-21.

GAD-7 (7-item Generalized Anxiety Disorder)⁽¹⁰⁾ versión en español⁽¹¹⁾, que evalúa la gravedad de

los síntomas ansiosos y la categoriza así: normal 0-4, ansiedad leve 5-9, ansiedad moderada 10-14 y ansiedad grave 15-21.

ISI (7-item Insomnia Severity Index, rango de 0 a 28 puntos)⁽¹²⁾, versión en español (13), evalúa insomnio y se categoriza así: normal 0-7, subumbral 8-14, insomnio moderado 15-21 e insomnio severo 22-28.

Para el momento de la recolección de los datos, ninguna de las escalas estaba validada en Colombia, posteriormente la PHQ-9 fue validada en el país.

Análisis de datos

Las variables cualitativas se presentan como número absoluto y porcentaje. La variable cuantitativa “edad” se presenta con media y desviación estándar. Se evaluó la asociación entre las características identificadas en la literatura y contempladas en el protocolo y la aparición de síntomas de depresión, de ansiedad e insomnio. A priori se definieron las variables que pudieran influir en la aparición de las condiciones. Se hizo análisis univariado y luego multivariado, con un modelo de regresión logística con el modo enter en el software SPSS 23. Se presentan los OR, tanto crudos como ajustados, con sus intervalos de confianza del 95%.

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en investigación del Hospital Pablo Tobón Uribe. A los participantes se les ofreció la posibilidad de tener un contacto telefónico para orientación en caso de dudas o en caso de alguna afectación a consecuencia de las reacciones emocionales, que pudiera haberles desencadenado el contenido de la encuesta.

RESULTADOS

Características demográficas de los participantes
De un total de 1.568 trabajadores de la salud del Hospital Pablo Tobón Uribe, se recolectaron datos de 876 personas (55.8%) entre 18 y 66 años ($M = 34.2$; $DE = 9.96$). La mayoría eran mujeres, menores de 44 años, con necesidades básicas

satisfechas y buen soporte familiar (**Tabla 1**). El 15% no se sentía seguro con los EPP brindados por el hospital, el 43.6% se sentía estigmatizado por ser personal de salud, 22.6% tuvo un cambio de rol laboral y 25.8% se aisló de su núcleo familiar

por la pandemia.

Frecuencia de síntomas depresivos, de ansiedad e insomnio

Del total de participantes, 26 (3%) reportaron

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

Variable	Número	Porcentajes
Sexo		
Femenino	712	81.3%
Masculino	164	18.7%
Edad		
<30 años	367	41.9%
31-44 años	371	42.4%
>45 años	138	15.8%
Estado civil		
Casado	381	43.5%
Soltero	447	51%
Separado	48	1.5%
Años de experiencia laboral		
<10 años	499	57%
>11 años	377	43%
Ocupación		
Médico	256	29.2%
Enfermera/o	186	21.2%
Auxiliar enfermería	434	49.5%
Antecedente de síntomas previos de:		
Ansiedad	28	3.2%
Depresión	26	3%
Insomnio	54	6.1%
Necesidades básicas satisfechas		
Si	806	92%
No	70	8%
Soporte familiar		
Si	840	95.9%
No	36	4.1%
Percepción de seguridad con elementos de protección personal		
Si	745	85%
No	131	15%
Percepción de estigmatización		
Si	382	43.6%
No	494	56.4%
Cambio de rol por pandemia		
Si	198	22.6%
No	678	77.4%
Aislamiento de la familia		
Si	226	25.8%
No	650	74.2%
Soporte psicológico		
No lo ha utilizado	658	75%
Lo ha utilizado	56	6.4%
No lo conoce	162	18.5%

que tenían síntomas de depresión, 28 (3.2%) de ansiedad y 54 (6.1%) insomnio previos a la pandemia. Al momento de contestar la encuesta, 357 (40.8%) personas presentaban síntomas depresivos, 300 (34.2%) síntomas ansiosos y 317 (36.2%) insomnio. La frecuencia de síntomas depresivos en los médicos fue de 34.4%, en las enfermeras 46.2% y en las auxiliares de enfermería 42.2%. La frecuencia de síntomas ansiosos en los

médicos fue 27%, en las enfermeras 24.3% y en las auxiliares 48.7%. La frecuencia de insomnio en los médicos fue de 22.4%, en las enfermeras 26.5% y en las auxiliares 51.1%.

Factores asociados a síntomas depresivos, de ansiedad e insomnio

Después de controlar por otros factores que potencialmente influyen en su aparición, el sexo

Tabla 2. Variables asociadas a depresión.

PHQ - 9	Sin síntomas	Con síntomas	OR crudo (IC 95%)	OR ajustado
Género femenino	397 (76.5%)	315 (88.2%)	2.3 (1.6-3.4)	2.4 (1.4-4)
Edad 31 a 44 años*	222 (42.8%)	149 (41.7%)	1.8 (1.2-2.8)	1.4 (0.9-2.4)
Edad <30 años*	196 (37.8%)	171 (47.9%)	2.4 (1.6-3.7)	2 (1-4.2)
Ocupación enfermera+	100 (19.3%)	86 (24.1%)	1.6 (1.1-2.4)	0.9 (0.5-1.5)
Ocupación aux enfermería+	251 (48.4%)	183 (51.3%)	1.4 (1.0-1.9)	0.5 (0.3-0.8)
Estado civil soltero/a †	252 (48.6%)	195 (54.6%)	1.4 (1.0-1.8)	0.8 (0.5- 1.1)
Estado civil separado/a †	23 (4.4%)	25 (7%)	1.9 (1.1-3.5)	1.3 (0.6-2.6)
Depresión previa	6 (1.2%)	20 (5.6%)	5 (2-12.8)	2.5 (0.8-7.4)
Ansiedad previa	7 (1.3%)	21 (5.9%)	4.6 (1.9-10.9)	3.3 (1.2-9.1)
Insomnio previo	21 (4%)	33 (9.2%)	2.4 (1.4-4.2)	2 (1.7-3.4)
Experiencia laboral <10 años	270 (52%)	229 (64.1%)	6.7 (1.3-2.2)	1.3 (0.8-2)
Aislamiento	99 (19.1%)	127 (35.6%)	2.3 (1.8-3.2)	2.1 (1.5- 3)
Cambio rol laboral	94 (18.1%)	104 (29.1%)	1.9 (1.4-2.6)	1.7 (1.2-2.5)
Estigmatización	180 (34.7%)	202 (56.6%)	2.5 (1.9-3.2)	2.1 (1.5-2.8)
No percepción de seguridad EPP	54 (10.4%)	77 (21.6%)	2.4 (1.6-3.5)	2 (1.3-3)
No soporte familiar	6 (1.2%)	30 (8.4%)	7.8 (3.2-19)	3 (1.1-7.9)
No tener necesidades satisfechas	16 (3.1%)	54 (15.1%)	5.6 (3.2-10)	3.9 (2-7.5)
No ha utilizado soporte psicológico ‡	408 (78.6%)	250 (70%)	0.5 (0.3-0.8)	0.5 (0.3-1)
No conoce el soporte psicológico ‡	89 (17.1%)	73 (20.4%)	0.5 (0.3-0.96)	0.8 (0.4-1.6)

*Comparado con 45 o más años

+Comparado con médico/a

† Comparado con Casado/a

‡ Comparado con haber utilizado el servicio

femenino, la ansiedad y el insomnio previos, el aislamiento social, el cambio de rol laboral, la estigmatización, la falta de percepción de seguridad con los EPP, la falta de soporte familiar y tener necesidades básicas insatisfechas, se asociaron de manera independiente con la presencia de síntomas de depresión (**Tabla 2**). Ser auxiliar de enfermería, que en el análisis univariado muestra un incremento en el riesgo (OR 1.4 IC 95% 1.0-

1.9), después del ajuste por las otras características pasa a ser un factor protector (OR 0.5 IC 9% 0.3-0.8), comparado con ser médico. El antecedente de depresión no influyó después de controlar por otros factores (**Tabla 2**).

Ser menor de 44 años, el antecedente de ansiedad, la sensación de estigmatización por ser personal de la salud, la percepción de falta de seguridad con los

Tabla 3. Variables asociadas a ansiedad.

GAD - 7	Sin síntomas	Con síntomas	OR crudo (IC 95%)	OR ajustado
Género femenino	455 (79%)	257 (85.7%)	1.6 (1.1-2.3)	1.4 (0.9-2.4)
Edad 31 a 44 años (R1)	231 (40.1%)	140 (46.7%)	2.2 (1.4-3.4)	2.1 (1.3-3.6)
Edad <30 años (R2)	237 (41.1%)	130 (43.3%)	2.0 (1.3-3.1)	3 (1.4-6.2)
Ocupación enfermera (R1)	113 (19.6%)	73 (24.3%)	1.4 (0.9-2.1)	0.9 (0.6-1.5)
Ocupación aux enfermería (R2)	288 (50%)	146 (48.7%)	1.1 (0.8-1.5)	0.5 (0.3-0.9)
Estado civil soltero/a (R1)	300 (52.1%)	147 (49%)	0.9 (0.7-1.2)	0.6 (0.4- 0.9)
Estado civil separado/a (R2)	29 (5%)	19 (6.3%)	1.2 (0.7-2.2)	0.8 (0.4-1.7)
Depresión previa	19 (1.7%)	16 (5.3%)	3.2 (1.4-7.1)	1.9 (0.7-4.8)
Ansiedad previa	10 (1.7%)	18 (6%)	3.6 (1.6-7.9)	2.8 (1.1-6.9)
Insomnio previo	31 (5.4%)	23 (7.7%)	1.5 (0.8-2.6)	1.2 (0.6-2.4)
Experiencia laboral <10 años	323 (56.1%)	176 (58.7%)	1.1 (0.8-1.5)	0.8 (0.5-1.3)
Aislamiento	132 (22.9%)	94 (31.3%)	1.5 (1.1-2.1)	1.3 (0.9-1.9)
Cambio rol laboral	116 (20.1%)	80 (27.3%)	1.5 (1.1-2.1)	1.3 (0.9-1.9)
Estigmatización	207 (35.9%)	175 (58.3%)	2.5 (1.9-3.3)	2.2 (1.6-3)
No percepción de seguridad EPP	65 (11.3%)	66 (22%)	2.2 (1.5-3.2)	1.7 (1.2-2.8)
No soporte familiar	8 (1.4%)	28 (9.3%)	7.3 (3.3-16.2)	4.4 (1.6-10.6)
No tener necesidades satisfechas	26 (4.5%)	44 (14.7%)	3.6 (2.2-6)	2.5 (1.4-4.5)
Soporte psicológico 1 (no lo ha utilizado)	445 (77.3%)	213 (71%)	0.5 (0.3-0.8)	0.6 (0.3-1)
Soporte psicológico 2 (no lo conoce)	104 (18.1%)	58 (19.3%)	0.5 (0.3-0.96)	0.6 (0.3-1.3)

*Comparado con 45 o más años

+Comparado con médico/a

‡ Comparado con Casado/a

‡ Comparado con haber utilizado el servicio

EPP, el pobre soporte familiar y tener necesidades básicas insatisfechas, se asociaron con un incremento en la aparición de síntomas de ansiedad. Ser auxiliar de enfermería y estar soltero, parecen disminuir la frecuencia de estos síntomas (**Tabla 3**).

Ser separado, tener antecedente de insomnio y las sensaciones de aislamiento, estigmatización y de no tener necesidades básicas satisfechas, se asociaron con un incremento en la aparición de síntomas de insomnio. Conocer el soporte psicológico, aunque

no se hubiera utilizado, se asoció a una disminución de este síntoma (**Tabla 4**).

Se observaron de manera simultánea síntomas de depresión, de ansiedad e insomnio en las personas que percibían que no tenían las necesidades básicas satisfechas y en quienes se sentían estigmatizados por ser personal de la salud. Por otro lado, ser enfermero/a, tener antecedente de depresión o los años de experiencia laboral no se asociaron con ninguno de los tres desenlaces.

Tabla 4. Variables asociadas a insomnio.

ISI	Sin síntomas	Con síntomas	OR crudo (IC 95%)	OR ajustado
Género femenino	435 (77.8%)	277 (87.4%)	2 (1.3-2.9)	1.5 (0.9-2.5)
Edad 31 a 44 años (R1)	236 (42.2%)	135(42.6%)	1.5 (0.95-2.2)	1.2 (0.7-2)
Edad <30 años (R2)	224 (40.1%)	143 (45.1%)	1.6 (1.1-2.5)	1.3 (0.6-2.7)
Ocupación enfermera (R1)	102 (18.2%)	84 (26.5%)	2.2 (1.4-3.2)	1.5 (0.9-2.5)
Ocupación aux enfermería (R2)	272 (48.7%)	162 (51.1%)	1.6 (1.1-2.2)	0.8 (0.5-1.4)
Estado civil soltero/a (R1)	277 (49.6%)	170 (53.6%)	1.3 (1.0-1.8)	0.9 (0.6-1.3)
Estado civil separado/a (R2)	21 (3.8%)	27 (8.5%)	2.8 (1.5-5.1)	2.2 (1.1-4.3)
Depresión previa	11 (2%)	15 (4.7%)	2.5 (1.1-5.5)	0.8 (0.3-2)
Ansiedad previa	11 (2%)	17 (5.4%)	2.8 (1.3-6.1)	2.2 (0.9-5.4)
Insomnio previo	14 (2.5%)	40 (12.6%)	5.6 (3-10.5)	5.8 (2.9-11.4)
Experiencia laboral <10 años	306 (54.7%)	193 (60.9%)	1.3 (0.97-1.7)	1.2 (0.7-1.9)
Aislamiento	115 (20.6%)	111 (35%)	2.1 (1.5-2.8)	1.8 (1.3-2.6)
Cambio rol laboral	108 (19.3%)	90 (28.4%)	1.7 (1.2-2.3)	1.5 (1-2.2)
Estigmatización	201 (36%)	181 (57.1%)	2.4 (1.8-3.1)	2.1 (1.5-2.9)
No percepción de seguridad EPP	67 (12%)	64 (20.2%)	1.9 (1.3-2.7)	1.5 (1-2.2)
No soporte familiar	11 (2%)	25 (7.9%)	4.3 (2.1-8.8)	1.9 (0.8-4.3)
No tener necesidades satisfechas	24 (4.3%)	46 (14.5%)	3.8 (2.3-6.3)	2.8 (1.6-5.1)
Soporte psicológico 1 (no lo ha utilizado)	433 (77.5%)	225 (71%)	0.4 (0.2-0.6)	0.5 (0.2-0.8)
Soporte psicológico 2 (no lo conoce)	103 (18.4%)	59 (18.6%)	0.3 (0.2-0.7)	0.5 (0.3-1)

*Comparado con 45 o más años

+Comparado con médico/a

DISCUSIÓN

En esta investigación se encontró que, pocas semanas después de la exposición a la pandemia, que involucra entre otros aspectos la atención de pacientes infectados, el aislamiento social, las consecuencias socioeconómicas de las medidas para contenerla y los cambios laborales, entre otras, se incrementó de manera importante la presencia de síntomas de depresión, de ansiedad e insomnio en el personal de la salud potencialmente expuesto a la atención de los pacientes con COVID-19, independientemente de su profesión. La frecuencia de síntomas de depresión, de ansiedad e insomnio en este estudio fue de 40.8%, 34.2% y 36.2%, respectivamente; cifras 10 veces más altas que lo que percibían previo al inicio de la pandemia.

Independientemente de la situación de pandemia, varios factores son considerados asociados a la aparición de síntomas depresivos y de ansiedad (sexo femenino, ansiedad e insomnio previos, falta de soporte familiar y no tener necesidades básicas satisfechas); otros, como el aislamiento, la falta de percepción de seguridad con los EPP, la estigmatización y el cambio de rol laboral, son situaciones propias de la pandemia que imponen un estrés adicional y ya han sido descritos en otros estudios.⁽¹⁴⁾

Durante la pandemia se han presentado conductas de discriminación y agresión hacia el personal de la salud, considerándolo culpable de la propagación del virus y causando estigmatización en este grupo; el estigma puede hacer que las personas se sientan aisladas, abandonadas y tiendan más a la afectación emocional.^(15,16)

Por otro lado, para muchas personas la pandemia trajo consecuencias económicas, desempleo en miembros del hogar, disminución de ingresos familiares y, por lo tanto, dificultad para acceder a bienes y servicios esenciales para satisfacer las necesidades básicas.⁽¹⁷⁾

El hallazgo más significativo de este estudio, fue la asociación entre la sensación de estigmatización

y la percepción de no tener satisfechas las necesidades básicas, con la afectación de la salud mental, reflejado en mayor sintomatología de depresión, de ansiedad e insomnio. En nuestro estudio no encontramos una asociación entre los síntomas de depresión, ansiedad o insomnio con la ocupación de los participantes, contrario a lo observado en otros estudios que sí han encontrado mayores tasas de síntomas afectivos en el personal de enfermería⁽¹⁸⁾. Paradójicamente, nuestros hallazgos sugieren que ser auxiliar de enfermería, en igualdad de condiciones respecto de las otras variables, fue protector para tener síntomas de depresión y ansiedad, lo cual es llamativo y susceptible de evaluar en futuras investigaciones.

Al comparar nuestros hallazgos con otros estudios, utilizando instrumentos de medición similares, se encontró una frecuencia menor de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio, respecto de otros países (a excepción de Paraguay). En un estudio realizado en China⁽¹⁹⁾, reportaron 50.4%, 44.6% y 34%, respectivamente; en uno realizado en Chile⁽⁷⁾, 65%, 74% y 65%, respectivamente; en Paraguay⁽²⁰⁾ 32.2%, 41.3% y 27.8%, respectivamente, y, en Turquía⁽²¹⁾, 77.6%, 60.2% y 50.4%, respectivamente.

Esta menor frecuencia de afectación en la población evaluada en este estudio, podría explicarse por las medidas implementadas para la seguridad en el trabajo (EPP, evaluaciones a través de teleconsulta en pacientes de unidades de Covid) y la disponibilidad de apoyo psicoterapéutico al personal.

Son escasos los estudios realizados antes de la pandemia en cuanto a prevalencia de síntomas depresivos, ansiosos e insomnio en la población de salud (en enfermeras se ha descrito una prevalencia de depresión de 32.4%, de ansiedad de 41.2% y de insomnio de 31%)⁽²²⁾, lo que limita la posibilidad de comparar los hallazgos con esta investigación.

Similar a lo encontrado en la literatura, nuestro estudio muestra que a menor edad se presentan con mayor frecuencia síntomas ansiosos, lo que

sugiere la necesidad de reforzar las estrategias de afrontamiento en las nuevas generaciones⁽²⁰⁾. Otros autores han reportado asociación de depresión, ansiedad e insomnio con ser mujer, ser personal de enfermería, tener historia de enfermedad mental y recibir soporte psiquiátrico durante la pandemia. (18,20,21)

Se han propuesto diversas estrategias para mitigar el impacto sobre la salud mental de los trabajadores durante la pandemia, entre ellos, proveer EPP adecuados y realizar rotaciones de horario que permitan un adecuado descanso⁽²³⁾. Otra estrategia es disponer de servicios de salud mental especializados, para la intervención del personal de salud que atiende pacientes infectados con COVID-19.⁽²⁴⁾

Un foco de atención ha sido el estigma en relación con los trabajadores de la salud que atienden pacientes con COVID y su potencial efecto sobre la salud mental. El impacto del estigma es muy serio, sin embargo, el personal de la salud muchas veces no es consciente de estos comportamientos y actitudes^(16,25). Hay pocos estudios en la literatura que correlacionen el estigma con depresión, ansiedad e insomnio. Una investigación realizada en Nepal, muestra un OR ajustado para depresión de 2.05 (IC 95%: 1.34-3.11), para ansiedad de 2.47 (IC 95%: 1.62-3.76) y para insomnio de 2.37 (IC 95%: 1.46-3.84)⁽²⁶⁾, hallazgos similares a los nuestros.

A la fecha, no encontramos otros estudios que relacionen las necesidades básicas insatisfechas con síntomas de depresión, de ansiedad e insomnio; como fue encontrado en esta investigación.

Limitaciones

La encuesta fue diligenciada solamente por el 55.8% del personal de salud del Hospital, debido posiblemente a las condiciones propiciadas por el momento de pandemia y las exigencias para el sector salud.

No se evaluaron algunas variables que podrían haber tenido un impacto en la aparición de

síntomas de depresión, de ansiedad e insomnio como haber estado infectado o haber tenido un familiar contagiado.

No disponemos de mediciones objetivas previas, en cuanto a la frecuencia de depresión, ansiedad e insomnio en el personal asistencial de nuestra institución, para comparar con los hallazgos durante la pandemia, pero las diferencias de la frecuencia encontrada con respecto al reporte de síntomas previos, permite proponer que el incremento encontrado, es real.

No se realizó una entrevista cara a cara con el personal, lo cual pudiera limitar la comprensión de algunas de las preguntas de la encuesta online.

CONCLUSIÓN

Nuestro estudio mostró tasas importantes de síntomas depresivos, de ansiedad e insomnio en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19, sin embargo, las cifras no fueron tan altas como las reportadas en otros países (China, Chile y Turquía).

El sentirse estigmatizado y no tener las necesidades básicas satisfechas, fueron factores asociados a los tres desenlaces. Se recomienda hacer seguimiento del personal afectado durante la pandemia para evaluar si los síntomas persisten y ofrecer intervención psicológica y/o psiquiátrica oportuna.

Sería de gran importancia entonces que, desde el área de Psicología y Salud Ocupacional de las instituciones de salud, se estableciera un trabajo directo con el personal para identificar sus necesidades, brindar apoyo de ser necesario y fortalecer su capacidad de afrontamiento y tolerancia frente a los comportamientos de la población general. La estigmatización surge, en parte, del desconocimiento y el temor por contraer la enfermedad, en este sentido, es de vital importancia educar a las personas sobre los mecanismos de transmisión del virus, para evitar comportamientos discriminatorios hacia el personal de salud.

RESUMEN:

*La pandemia por el nuevo coronavirus COVID-19 ha tenido impacto en la salud mental del personal médico y de enfermería en todo el mundo. **Objetivo:** identificar la frecuencia de síntomas depresivos, ansiosos e insomnio y los factores posiblemente relacionados con estos desenlaces en el personal sanitario de un hospital de Suramérica durante el primer pico de la pandemia. **Materiales y métodos:** se aplicaron las escalas PHQ-9 para depresión, GAD-7 para ansiedad, ISI-7 para insomnio en 876 trabajadores de la salud del Hospital Pablo Tobón Uribe en la ciudad de Medellín. **Resultados:** de los 876 participantes (29,2% médicos, 21,2% profesionales de enfermería y 49,5% auxiliares de enfermería), 357 (40,8%) presentaron síntomas depresivos, 300 (34,2%) síntomas ansiosos y 317 (36,2%) insomnio. Se observaron síntomas de depresión, ansiedad e insomnio, con mayor frecuencia en quienes no tenían las necesidades básicas satisfechas y en quienes se sentían estigmatizados por ser personal de salud. Además, la depresión se presentó con más frecuencia en mujeres, la ansiedad en menores de 44 años y el insomnio en personas separadas. **Conclusiones:** la frecuencia de problemas de salud mental en el personal de salud es considerable. Estos hallazgos demuestran la necesidad de atención en la salud mental de los profesionales médicos y de enfermería durante la pandemia por COVID-19 y la búsqueda de estrategias para mitigar el riesgo en esta población.*

Palabras clave: salud mental, COVID-19, pandemia, trabajadores de la salud, coronavirus.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de La Salud. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>. 2021. p. 1–1.
2. Instituto Nacional de Salud. Reporte diario COVID-19 en Colombia. <https://www.ins.gov.co/Noticias/paginas/coronavirus.aspx>. 2021. p. 1–1.
3. Tenforde MW, Kim SS, Lindsell CJ, Billig Rose E, Shapiro NI, Files DC, et al. Symptom Duration and Risk Factors for Delayed Return to Usual Health Among Outpatients with COVID-19 in a Multistate Health Care Systems Network — United States, March–June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Jul 31;69(30):993–998.
4. Fernandes MA, Ribeiro AA de A. Salud mental y estrés ocupacional en trabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19. *Rev Cuid.* 2020 May 1;11(2):e1222-undefined.
5. McFee RB. COVID-19 mental health considerations for health care workers and Patients: A brief overview. *Disease-a-Month.* 2020 Sep;66(9):1–4.
6. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. Social and occupational factors associated with psychological wellbeing among occupational groups affected by disaster: a systematic review. *J Ment Heal.* 2017 Jul 4;26(4):1–13.
7. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Úrizar A, Zapata Pizarro A, Irrázaval Domínguez M. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Rev Med Chil.* 2020 Aug;148(8):1121–1127.
8. Díez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosom Med.* 2001 Jul;63(4):679–686.
9. Baader M T, Molina F JL, Venezian B S, Rojas C C, Fariás S R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2012 Mar;50(1):10–22.
10. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe

- B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Arch Intern Med.* 2006 May 22;166(10):1092–1097.
11. Garcia-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Perez-Paramo M, Lopez-Gomez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8(1):1–11.
 12. Bastien C. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001 Jul;2(4):297–307.
 13. Sierra JC, Guillén Serrano V, Santos Iglesias P. Insomnia Severity Index: algunos indicadores acerca de su fiabilidad y validez en una muestra de personas mayores. *Rev Neurol.* 2008;47(11):566–570.
 14. Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int J Emerg Med.* 2020 Dec 20;13(40):1–8.
 15. Abuabara YC. Ataque al personal de la salud durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica. *Acta Médica Colomb.* 2020 Jul 31;45(3).
 16. Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. Social Stigma during COVID-19 and its Impact on HCWs Outcomes. *Sustainability.* 2020 May 8;12(9):1–13.
 17. Pak A, Adegboye OA, Adekunle AI, Rahman KM, McBryde ES, Eisen DP. Economic Consequences of the COVID-19 Outbreak: the Need for Epidemic Preparedness. *Front Public Heal.* 2020 May 29;8(241):1–4.
 18. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020 Aug;88:901–907.
 19. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open.* 2020 Mar 23;3(3):1–12.
 20. Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera-Villaruel P. Sintomatología asociada a trastornos de Salud Mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19. *Rev Interam Psicol J Psychol.* 2020 May 5;54(1):e1298-undefined.
 21. Şahin MK, Aker S, Şahin G, Karabekiroğlu A. Prevalence of Depression, Anxiety, Distress and Insomnia and Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Turkey. *J Community Health.* 2020 Dec 11;45(6):1168–1177.
 22. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Dec 27;16(1):1–10.
 23. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Res.* 2020 Nov;293:1–12.
 24. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun.* 2020 Jul;87:11–17.
 25. Widjaja FF, Shatri H, Putranto R. Health Issues Among Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: a Psychosomatic Approach. *Acta Med Indones.* 2020;52(2):172–176.
 26. Khanal P, Devkota N, Dahal M, Paudel K, Joshi D. Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal. *Global Health.* 2020 Dec 25;16(1):1–12.

Correspondencia a:

Dra. Camila Valencia A.

Dirección: Calle 78 B 69-240. Medellín, Colombia.

cvalenciaa@hptu.org.co

Tel 4459000 ext 5571